

Anne Marie Sandvoll og Merete Johnsen Dale

Daglege rutinar i sjukeheim – hinder eller pragmatisk skjema?

Michael 2015;12: 211–22.

Daglege rutinar i sjukeheim er omdiskutert. Er rutinane eit hinder for individet i sjukeheimen, eller kan dei representere eit gode? Artikkelen syner korleis rutinar i sjukeheim er pragmatiske med det at dei sikrar at arbeidet blir gjort og at bebuarane set pris på tryggleiken dei faste rammene gjev. Artikkelen byggjer på ein etnografisk studie i to sjukeheimar, og diskuterer rutinane si tyding i lys av makt. Innarbeidde rutinar vert belyst med omgrepet strukturmakt, der rutinane representerer forholdsvis faste relasjonar. I nokre tilfelle tek den enkelte pleiar initiativ til å endre rutinane, noko som vert belyst med omgrepet viljesmakt som er lokalisert hjå den enkelte aktør. Fleksibilitet i rutinane er likevel ei utfordring, og pleiarane kan erfare å hamne i ein skvis mellom kravet om standardisering versus kravet om individualisering.

Ulike syn på rutinar i sjukeheim

Artikkelen handlar om rutinane i sjukeheim og i kva grad desse kan opplevast som strukturmakt, samt i kva grad rutinane gjev rom for fleksibilitet for pleiarar og bebuarar i sjukeheim. Med problemstillinga «Daglege rutinar i sjukeheim – hinder eller pragmatisk skjema?», drøftar vi funn frå langvarig feltarbeid i sjukeheim i lys av omgrepet makt.

Eit samfunnsliv utan makt er utenkeleg i følge Engelstad (1). Det fins makt i alle slags relasjonar og desse formar livet til kvar enkelt borgar. Alle vert stilt overfor maktforhold, fordi dei er underlagt normer og krav, påbod og forbod (1). Makt har fleire sider. Makt kan fascinere, men kan òg verke skremmande, fordi den kan opplevast som ein trussel mot enkeltmennesket sin autonomi og fridom. Dette gjer at makt vert tvetydig og vanskeleg å gripe. Å gjere makt forståeleg er difor ei viktig oppgåve for forskning og analysar om maktforhold.

Når vi snakkar om makt og samfunnsforhold, ligg det implisitt at vi oppfattar makt som noko relasjonelt (2). Makt er noko som angår og skjer innan forhold mellom menneske, til dømes i sjukeheimen. Makt og rutinar føreset at nokon forhold seg til andre og kan påverke deira situasjon eller handlingar. Makt kan òg handle om å makte, til dømes å makte å stå i pleierolla dagleg (3). Omsorg for dei svakaste i sjukeheimen handlar om å sørgje for den andre utan å forvente noko tilbake (4). Pleiarane må evne å gje denne omsorga innanfor fastlagde strukturar av rutinar. Perspektivet for denne artikkelen er difor i hovudsak sett frå pleiarane sin ståstad. Pleia vert utført i relasjon til bebruarane, som difor vert nemnt for å syne eksempel undervegs.

Rutinar i sjukeheim er eit omdiskutert tema både i forskinga og i samfunnet elles. Kritikken mot rutinane ligg i at dei kan vere for stringente, slik at bebruarane vert makteslause og ikkje står fritt til å leve livet slik dei ynskjer. Rutinane er difor gjenstand for diskusjon, og har ofte fått krass kritikk, både gjennom samfunnsdebatten, men òg gjennom forskning. Fleire studiar har synt betydninga av rutinar i sjukeheim (5-9). Nokre studiar har synt at rutinar i sjukeheim har forrang framfor bebruarane sine individuelle behov (6). Bradshaw og medarbeidarar (10) syner korleis negative aspekt ved livet i sjukeheim har fått fokus i forskinga, med beskrivingar av eit sterilt liv med manglande meningsfulle erfaringar. Som døme nemner dei at nokre heller vil døy enn å flytte på sjukeheim, mangel på privatliv og verdigheit, stringente rutinar og ei kjensle av tomrom og tap av kontroll for bebruarane (10). Uheldige konsekvensar kan vere at rutinane dominerer praksis og reduserer bebruarane sine høve til innverknad, og dei kan oppleve maktløyse (11).

Hauge (12) sin studie av sjukeheimen som heim skildrar korleis fellesskapet i sjukeheimen i hovudsak er styrt av pleiarane. Hauge drøftar korleis dei bebruarane som ynskjer tid for seg sjølv, må kjempe for retten til å bryte sterkt rutineprega forventningar om at bebruarane skal vere saman på daglegstova (12). Harnett (9) har synt at bebruarane sine moglegheiter for medverknad er avhengige av personalet sine rutinar, om det 'matchar' eller forstyrrar rutinane. Jacobsen syner at det var liten tid til overs, og at pleiarane berre rakk det mest nødvendige stellet (13). Dette gjev grunn for å tru at det kan vere ein del uheldige konsekvensar av rutinane i sjukeheimen, som avgrensar bebruarane sin innverknad.

På den andre sida har forskning synt at rutinar kan bidra til å skape meningsfulle, trygge rammer og struktur for bebruarane (5, 7, 8). Zisberg og medarbeidarar (8) syner korleis bebruarane opplevde at rutinane bidrog til ei kjensle av velvære. Liukkonen (7) peikar på at bebruarane i sjukeheim

trivst med «husreglane», og at dei til dømes likar å stå opp og bli kledd før frukost, og påpeikar det dersom det blir endringar i rutinane.

Norske studiar av pleiekultur i sjukehus syner korleis ernæring, søvn og stell er grunnleggjande strukturerande element som arbeidet vert organisert rundt (14, 15). Dette gjev avdelinga eit syklisk preg og er organisert etter eit fast mønster (14). Olsvold (15) beskriv eit liknande mønster, i det at kollektivet har verdiar om at alle passar på og har ei viss oversikt over pasientane. Felles ansvar står sterkt, og over tid har det vorte nedfelt ei praktisk og sosial organisering av arbeidet. På postar med mykje pleie er ein slik pleiekultur ofte velutvikla i følgje Olsvold (15).

Rytterström (5) gjer greie for rutinane si betyding for pleiearbeidet i sjukeheim, og tek utgangspunkt i at rutinane er eit viktig symbol for pleiekulturen. Rutinane vart beskrivne som pragmatiske og meningsfulle, men samstundes til hinder for god pleie. Dei meningsfulle rutinane bidrog til god pleie i dei tilfelle den enkelte pleiar sine vurderingar harmonerte med pleiekulturen sitt *ethos* (særpreg). Det fans likevel ein risiko for at rutinar vart til hinder for god pleie om rutinane vart forståtte som gjentakande handlingar utan rom for tilpassing til bebuaren sine behov (5). I ein studie blant sjukepleiestudentar i sjukeheim syner Skaalvik (16) korleis eit læringsmiljø med fagleg og kritisk refleksjon var vesentleg for læreprosessen, dersom den ikkje skulle resultere i passiv tilpassing til etablerte rutinar i omsorga for eldre.

Gjennomgåande syner litteraturen ei kritisk haldning til rutinane, fordi dei kan vere til hinder for god pleie og bidra til manglande medverknad. Nokre studiar gjev likevel indikasjonar på at rutinane kan fungere som eit gode, noko vi ser vidare på i denne artikkelen som syner korleis rutinane kan representere ei form for positiv makt. Rutinane bidreg til at bebuarane i sjukeheim har tryggleik og faste rammer i høve til sine behov i kvardagen.

Daglege rutinar i sjukeheimen

Dei daglege rutinane i sjukeheimen treng ei nærare avklaring. Pleiepraksisen og dagleglivet i sjukeheim er i stor grad bygd opp rundt daglege rutinar som personleg hygiene, måltid og aktivitetar. Etter morgonrapport startar pleiarane med morgonstellet. Morgonstellet går ut på å hjelpe bebuarane opp, følgje dei til toalettet, kroppsvask/dusj, påkledning, pusse tenner samt følgje dei til kjøkenet for frukost. Nokre bebuarar er fullstendig pleietrengjande og får all pleie utført i senga, samt servert måltider der. Andre vel å ete frukost på senga, for å stå opp seinare. Frukosten vert vanlegvis servert mellom kl. 09.00 og kl. 10.00. Pleiarane serverer, legg til rette, og hjelper

dei som treng det med å ete. Vidare ryddar pleiarane opp etter måltidet, og følgjer bebruarane til romma sine, aktivitetsstova eller daglegstova.

På aktivitetsstova er det ulike tilbod for bebruarane, alt frå filmframsyning, song og musikk, til ulike former for handarbeid. Andre tilbod bebruarane har, er andakt, musikkstunder, utflukter, kafébesøk, basar og nokre gonger besøk frå barnehage- eller skulebarn.

Etter desse aktivitetane held pleiarane fram med å hjelpe resten av bebruarane med morgonstellet. Dei reier senger og ryddar rommet til den enkelte, og samstundes med dette får bebruarane servert drikke og frukt. Når morgonstellet er avslutta, tek personalet matpause. Denne er ofte delt i to, slik at halvparten av pleiarane har pause, medan den andre halvparten er i avdelinga med bebruarane.

Etter dette er det førebuing til middag. Pleiarane startar med å hjelpe bebruarane til toalettet, og følgjer dei deretter inn til middagsbordet. Sengeleggande bebruarar blir sett godt til rette før måltidet. Mellom kl. 12.30 og kl. 13.30 vert det servert middag. Bebruarane får tilrettelagt måltida etter behov, nokre et sjølv, andre treng litt hjelp, nokre treng å få mosa eller delt opp maten, medan andre treng hjelp til alt.

Etter middagen vert dei bebruarane som ynskjer å kvile følgd til rommet sitt. Etter vaktskifte vekkjer personalet bebruarane etter middagskvilen, og kaffi vert servert til bebruarane rundt kl. 15.30. Pleiarane set seg gjerne ned og drikk kaffi saman med bebruarane, om dei har høve til det. På denne tida er ofte pårørande på besøk, og desse kan drikke kaffi saman med sine.

Seinare blir det førebudd kveldsmat. Bebruarar som sit på rommet sitt blir tilbydd følgje til kjøkenet om dei ynskjer å ete der saman med andre bebruarar. Kveldsmaten blir servert rundt kl. 18.00. Etter kveldsmaten går nokre til rommet sitt, eller dei ser på fjernsyn utover kvelden. Etterkvart ynskjer nokre å legge seg, og pleiarane hjelper dei med kveldsstell, toalettbesøk, tannpuss med meir. Nokre har fjernsyn eller radio på rommet som står på ei stund, medan andre vil ha det roleg. Slik held det fram til stort sett alle bebruarane har lagt seg for natta, då nattevaktene kjem om lag kl. 21.30.

Slik går arbeidet i sjukeheimen sin gang frå dag til dag. Sjølv om dette er ei svært forenkla framstilling, syner den rytmen og strukturen på arbeidet.

Feltarbeid i to sjukeheimar

Det empiriske materialet som ligg til grunn for denne artikkelen, er henta frå ein etnografisk studie på åtte månaders feltarbeid i to sjukeheimar (17). Feltarbeid bidreg til at ein får tileigna seg førstehands erfaringar. Konteksten for studien var to langtidsavdelingar i to sjukeheimar. Utvalet var dei tilsette

pleiarane i desse to langstidsavdelingane. Totalt 45 pleiarar ga informert samtykke til å delta i studien, 24 hjelpepleiarar og seks sjukepleiarar i sjukeheim 1, og 13 hjelpepleiarar og to sjukepleiarar i sjukeheim 2.¹

Data vart skapt i møtet med informantane; ved hjelp av deltakande observasjon, intervju med nøkkelinformantar, samt dokumentanalyse. Vidare vart det utført intervju med til saman ti pleiarar (fire sjukepleiarar og seks hjelpepleiarar) i slutten av feltarbeida på dei to sjukeheimane. Dette var i hovudsak med pleiarar som hadde vorte nøkkelinformantar gjennom perioden med deltakande observasjon.

I etnografiske studiar er ikkje analysen ein separat del av forskingsprosessen, men ein kontinuerleg prosess som startar ved litteraturstudiet og held fram til arbeidet er endeleg avslutta (18, 19). Analyse inneber såleis ein runddans mellom teori, forskningsspørsmål, metode og data medan ein driv feltarbeid (19). Åtte månader i feltet, med deltakande observasjon, intervju og dokumentstudiar resulterte i eit stort tekstmateriale som danna grunnlaget for vidare analysar.

I analysearbeidet søkte vi etter fellestrekk og særtrekk i materialet. Ein viktig føresetnad for å få gode analyser er at forskaren stiller analytiske spørsmål til teksten. Vi stilte til dømes spørsmål om kva som styrer handlingane til pleiarane. Materialet vart vidare koda og sortert utifrå meiningsberande einingar eller omgrep som sto fram i analysearbeidet (18), og vi kom slik fram til 'forplikande rutinar', eller 'når pleiarane endrar rutinane'. Forplikande rutinar har vi tidlegare drøfta og publisert med eit anna perspektiv (20). I denne artikkelen held vi 'forplikande rutinar' opp mot 'når pleiarane endrar rutinane' og set funna på spel med *makt* som analytisk grep. Vi har valt å sjå spesielt på omgrepa *strukturmakt* og *viljesmakt*, og syner korleis rutinane og endring av desse kan sjåast i lys av desse omgrepa.

Rutinar – hinder eller pragmatisk skjema?

Eiga forskning i sjukeheimar syner at forplikting til både rutinane og bebuarane står sterkt i arbeidet (17). Dersom ein rutine vert forstått som ei gjentakande handling utan rom for tilpassing til bebuaren sine behov, er det likevel ein risiko for at rutinar vert til hinder for individuell pleie. Vidare syner funna at pleiarane sjølve i nokre tilfelle tek initiativ til å endre dei fastlagde rutinane, til dømes ved å flytte på middagsmåltidet eller setje i gang med aktivitetar for bebuarane.

1 Studien er innmeld og godkjend hjå NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), prosjekt nr. 19614/2008.

Stellet og måltida styrer kvardagen

Funna syner at pleiarane kjenner seg svært knytt til eit sett med rutinar, og at det er desse som i stor grad styrer arbeidet på sjukeheimen. Under det daglege arbeidet er det viktig for pleiarane å bli ferdig med morgonstellet av flest mogleg bebuarar før frukost. Etter frukost er målet vidare å bli ferdige med «stellet» som dei kallar det. Pleiarane spør ofte kvarandre «korleis ligg de an». Å ligge godt an er viktig for dei.

Ved spørsmål om kva som styrer arbeidet, var svara eintydige på at det er rutinane som styrer dagen i sjukeheimen. Pleiarane planlegg arbeidet rundt stellet og måltida. Når rutinane styrer arbeidet slik pleiarane i sjukeheimen erfarer, kan ein sjå at rutinane representerer ei form for makt som vert lokalisert til meir omfattande strukturar og varige system. Vi kan seie at vi har å gjere med ei form for strukturmakt, som er relativt faste relasjonar eller forhold mellom einingar (21). Dei same pleiarane hjelper dei same bebuarane med ulike aktivitetar i dagleglivet kvar dag. Strukturane kan ikkje oppretthaldast utan individ eller grupper sine handlingar, i dette tilfellet pleiarar og bebuarar. Mathiesen definerer strukturmakt som sosiale strukturar sin tendens til å påverke og forme menneskeleg handling (21). Dei fastlagde rutinane i sjukeheimen kan slik sett fungere som forholdsvis faste relasjonar som påverkar både pleiarane og bebuarane sine handlingar. Ei slik strukturmakt i sjukeheim har fungert stabilt over tid, noko som er ein føresetnad for at makt skal kunne beskrivast innanfor nokre strukturelle rammer (21).

Pleiarane opplever ei sterk forplikting til desse rutinane. Forpliktinga handlar òg om ansvaret pleiarane kjenner ovanfor bebuarane, og for at dei skal få sine grunnleggande behov dekkja dagleg. Kva som er viktig for den enkelte kan variere. Pleiarane kjenner bebuarane godt og møter små detaljar hjå den enkelte (20). Det kan difor sjå ut som om dei individuelle behova hjå den enkelte også etterkvart blir ei rutine, slik at bebuaren får det slik han brukar, kvar dag. Desse funna er i tråd med tidlegare forskning som har synt at rutinar kan bidra til å skape meningsfulle, trygge rammer og struktur for bebuarane samt skapar eit slags pragmatisk skjema for pleiarane, slik at ein sikrar at arbeidet blir gjort (5, 7, 8). Zisberg og medarbeidarar (8) syner korleis bebuarane opplevde at rutinane bidreg til ei kjensle av velvære. Liukkonen (7) syner med sin studie at bebuarane i sjukeheim trivst med «husreglane». Dei likar å stå opp og bli kledd før frukost, og påpeikar det dersom det blir endringar i rutinane. Dette betyr at rutinar kan opplevast som eit gode for bebuarane som likar tryggheta desse rammene gjev i kvardagen.

Erfaringane frå denne studien er difor at rutinane kan sjåast på reint pragmatisk, dei er praktisk nyttige fordi dei sikrar at arbeidet blir gjort. Det bidreg til positive konsekvensar med det at bebuarane får dekkja grunnleggande behov dagleg. Behov som til dømes personleg hygiene og tannpleie, påkledning, mat og drikke, aktivitetar, sårstell og medisinar. Grunnleggande behov blir kanskje vurdert som elementære og sjølvsahte. Men når ein er vorten sterkt pleietrengande kan det grunnleggande ha stor betyding. Å utforske korleis pleiarane dekkjer grunnleggande behov for dei mest pleietrengande har vore viktig for oss, og tidlegare forskning av mellom anna Eika har vist at det er utfordrande å sikre kvaliteten på pleia for dei som av ulike grunnar ikkje klarar å seie i frå (22).

Vår erfaring frå både forskning og praksis er at pleiarane kjenner bebuarane godt og møter individuelle behov hjå den enkelte (20). Dette er i tråd med Martinsen si beskriving av den mest typiske forma for omsorg, den generaliserte gjensidigheita, der ein sørgjer for den andre utan å forvente noko tilbake (4). Rutinar er slik sett noko positivt, ikkje berre for bebuarar i sjukeheim, men også for folk flest i sitt kvardagsliv. Rutinar gjer at vi veit kva som skjer i kvardagslivet, og vi slepp å forhandle med oss sjølv eller andre om korleis vi ordnar oss med slikt som søvn, kvile, arbeid og måltid. Utfordringa kjem når pleiarane i sin kvardag på institusjonen møter ulike behov frå ulike bebuarar.

Rutinar kan endrast

Rutinar er kan endrast, og funna syner at pleiarane i enkelte tilfelle sjølve tek initiativ til å endre på dei fastlagde rutinane. Særleg kunne dette gjelde dagar der dei «låg godt an», til dømes når sjukepleiestudentar var i avdelinga, og bidrog i det daglege arbeidet. Då opplevde pleiarane å ha betre tid, og byrja straks å diskutere kva dei skulle gjere når dei no låg så godt an. For eksempel valde pleiarane å flytte det planlagde grautmåltidet som skulle vere kl. 13.30 fram til kl. 13.00 ein laurdag, og fekk slik frigjort tid til å ta bebuarane ut på ein konsert som skulle vere i sentrum denne dagen.

Eit anna døme på endring av rutinar er det motsette av å ligge godt an, når tida ikkje strekk til og pleiarane nyttar lunsjpausa si til aktivitetar for bebuarane. Istadenfor å gå til sin planlagde lunsjpause kl. 11.30 samlast pleiarane med bebuarane på daglegstova, og ein sjukepleiar leia ei stund med aktivitet. Aktiviteten var til dømes song og bruk av ball, og pleiarane assisterte bebuarar som trong hjelp for å delta i aktiviteten. Dette tiltaket starta i ei periode då arbeidsstova var nedlagd grunna trong økonomi. For å gje bebuarane eit tilbod utførte pleiarane dette i lunsjpausa si kvar dag. Sjølv då arbeidsstova kom tilbake som eit tilbod, heldt pleiarane fram med

denne aktiviteten i lunsjen ein dag i veka, fordi det ga så stor glede for bebuarar og tilsette.

Når pleiarane endrar måltida og set i gang aktivitetar for bebuarane er det gode døme på det Mathiesen kallar viljesmakt (21). Makta vert her sett på som eit fenomen av vilje, som eit spørsmål om sjansen til å gjennomføre ein intensjon, til dømes å fremje ei interesse, trass eventuell motstand (21). Viljesmakt vert her definert som eit eller fleire menneske sitt høve til å få gjennom viljen sin i det sosiale samkvem. Og dette sjølv om andre deltakarar i kollektivet skulle vise seg å gjere motstand mot endringa. Det som blir sentralt i denne forståinga av makt er at makt er noko som fins lokalisert hjå konkrete aktørar (21). Initiativa kom frå enkelte pleiarar, som meistra i stå i det og få til desse endringane, trass i om andre pleiarar eventuelt gjorde motstand.

Vi har sett at pleiarane i enkelte tilfelle nyttar viljesmakt og er kreative i sin kvardag, dei endrar rutine og set i gang aktivitetar eller endrar tidspunktet for eit måltid. Eksempla vi her trekt fram gjeld oftast heile gruppa av bebuarar. Det viser altså at det i nokre høve er mogleg å endre rutine for heile gruppa av bebuarar.

Det vert meir utfordrande når den enkelte bebuar ynskjer å avvike frå dei standardiserte rutine. I og med det er få pleiarar på ei gruppe bebuarar kan slike endringar gå utover andre bebuarar sine behov, og gjere det praktisk vanskeleg å gjennomføre. Til dømes kan det verte ei utfordring å endre tida for å stå opp, dusje, gå ut på tur, måltid eller aktivitetar. Det er i slike situasjonar at den strukturmakta rutine representerer kan opplevast som eit hinder for den enkelte sin valfridom.

Standardisering versus individualisering?

Forplikting til både rutine og bebuarane står sterkt i arbeidet til pleiarane. Den føregåande diskusjonen har synt at forpliktinga kan fungere som eit gode for bebuarar som likar den tryggleiken dei faste rammene i dei faste rutine gjev.

Det at rutine er pragmatiske og at også det individuelle blir rutine, kan likevel i nokre tilfelle bli eit hinder i den enkelte sin situasjon på sjukeheimen. For kva om ein ynskjer å ombestemme seg og ikkje stå opp til den vanlege tida likevel? Eller kva om ein får besøk av ein pårørande og vil kose seg oppe ein kveld istadenfor å overhalde den «vanlege» rutinemessige leggetida kl. 21?

Tidlegare forskning syner at det å kunne ombestemme seg er ei relevant form for medverknad for bebuarar i sjukeheim (23). Å ombestemme seg i dette tilfellet vil truleg gje utfordringar til pleiarane som har innarbeidd

rutine at alle bebuarane er stelte for natta til nattevaktene kjem, fordi det er knappe ressursar på natta. Rutinane blir ei form for standardisering som i nokre situasjonar kan verte til hinder for individuelle valg. Det kan verte utfordrande å leggje til rette for at ein bebuarar kan ombestemme seg, for eksempel om ein ønskjer å endre tidspunkt for dusj/bad, måltid eller ein tur ut.

Med innføringa av kvalitetsforskrifta ynskte ein å standardisere grunnleggande behov og individuelle forskjellar (24). Forskrifta er tydeleg på at kommunen skal ha nedfelte skriftlege prosedyrar for å sikre at grunnleggande behov skal dekkast (24). Pleiarane er ikkje opptekne av forskrifta i arbeidet sitt, men handlar automatisk og utan at dei tenkjer over det (20). Dette er i tråd med det som er særlege for alle profesjonar, nemleg profesjonen si utøving av eit fagleg skjønn (25). I denne faglege pleie og omsorga ligg både helsefremming, førebygging av sjukdom, undervising og behandling. Det faglege skjønnet har sin plass i rommet mellom teorien og den praktiske mangfaldige og komplekse verkelegheita ein har i sjukeheimen (26). Det er i dette rommet pleiarane har høve til å ta avgjersler her og no, i tråd med den enkelte bebuar sine ynskjer.

Fokuset på den enkelte person og medverknad står sterkt i forskrifta (17, 24). Personsentrert praksis i geriatrikisk sjukepleie har fått auka merksemd dei seinare åra, og McCormack har utvikla ein modell for personsentrert praksis, i tillegg til å vise korleis denne kan implementerast i sjukeheimar (27, 28). Personsentrert praksis handlar om å behandle menneske som individ, med respekt for deira rettar som menneske. Vidare at ein byggjer på gjensidig tillit og forståing, samt utviklar terapeutiske relasjonar. Eigenskapane til den enkelte pleiar er sentrale, i tillegg til sjøve pleiemiljøet, med fokus på korleis pleia blir utført. Dette kan vere utfordrande å få til, og McCormack syner korleis pleiarar i sjukeheim, er ein kritisk faktor i utviklinga av personsentrerte forhold (28). Denne utfordringa er knytt til pleiarane si sterke forplikting til dei fastlagde rutinane (20), som kan gjere det vanskeleg å alltid ha individet i fokus. Pleiarane kan difor hamne i ein skvis mellom fagleg skjønn og kravet om å følgje dei standardiserte rutinane. Skal dei stelle alle bebuarane før nattevakta kjem, eller kan dei i tråd med viljesmakt og eige faglege skjønn la dei bebuarane det gjeld sitte oppe med gjestene sine til nattevaktene kjem. Det er ofte berre ei nattevakt i kvar avdeling, medan det på ettermiddag og kveld er fleire tilsette. Ei slik endring vil difor få konsekvensar for nattevakta sine prioriterte oppgåver og kunne gå utover andre bebuarar sine individuelle behov.

Ein ser at det her kan oppstå ei utfordring mellom ei standardisering av rutinane versus individuell tilrettelegging for den enkelte bebuar. På den

eine sida har ein strukturen med standardiserte rutinar som sikrar at arbeidet blir gjort. På den andre sida står dei sentrale verdiane om individet i fokus. Dei fastlagde rutinane representerer ei strukturmakst med relativt faste forhold og det kan vere utfordrande for pleiarane å bryte desse rutinane for å møte den enkelte bebuar, dersom han eller ho til dømes ynskjer å ombestemme seg, og legge seg til ei anna tid enn det som har vorte «vanleg rutine» for denne bebuaren (21).

Når situasjonane er komplekse, samansette og usikre hevdar Alvsvåg (26) at det faglege skjønnet vert det rette å bruke. Det er da det faglege skjønnet er på sin plass. Kva standardane seier må tolkast i dei konkrete og praktiske situasjonane (26). I sjukeheimen arbeider sjukepleiarar mest sjølvstendig. Det er få profesjonelle andre å rådføre seg med, og bebuarar i sjukeheim har ofte mange sjukdommar og lidingar samstundes (26, 29). Difor blir det faglege skjønnet til sjukepleiaren utfordra. Sjølv om standardisering og rutinar kan vere nyttige og pragmatiske for å få arbeidet gjort, er det her sentralt med eit faglege skjønn hos den som tek avgjersla i den enkelte situasjon. I situasjonar når ein bebuar får kveldsbesøk og ynskjer å sitje lenger oppe, utfordrar det pleiarane, som veit at det er knappe ressursar på natta. Skal dei likevel ta sjansen på å la vedkomande sitte oppe med besøket sitt og rekne med at nattevakta klarar å handtere denne oppgåva i tillegg? Kva om det oppstår noko ekstra med ein av dei andre bebuarane? Det er her skjønnet kjem til sin rett, når det ikkje er opplagt korleis ein skal handle. Skjønnet må ha eit rom å røre seg i. «Vi har ein regel, men i dette tilfellet..», seier ein av sjukepleiarane Alvsvåg intervjuar (30). Det er akkurat det skjønnet handlar om, at ein i enkelte tilfelle skal kunne ha høve til å avvike frå reglane. Pleiarane i sjukeheimen står i denne komplekse verkelegheita dagleg, og balanserer i sin praksis mellom strukturar og kreativitet – standardisering og individualisering. I særleg utfordrande situasjonar nyttar dei faglege skjønn for å ta val i kvardagen, noko som går på tvers av rammer, standardar og rutinar, men som gjev rom for individualisering og personsentrering.

Litteratur

1. Engelstad F. *Hva er makt*. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
2. Engelstad F. *Om makt: teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
3. Juritzen TI, Heggen K. Produktive maktpraksiser i sykehjem. En Foucault –inspirert analyse av pleiefaglig handlekraft. *Tidsskr Velferdsfor* 2009;12(2):94–104.
4. Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

5. Rytterström P, Unosson M, Arman M. The significance of routines in nursing practice. *J Clin Nurs* 2010; 20 (23–24), 3513–22.
6. Chuang YH, Abbey J. The culture of a taiwanese nursing home. *J Clin Nurs* 2009;18:1640–8.
7. Liukkonen A. Life in a nursing home for the frail elderly: daily routines. *Clin Nurs Res* 1995;4:358–72.
8. Zisberg A, Young HM, Schepp K, Zysberg L. A concept analysis of routine: relevance to nursing. *J Adv Nurs* 2006;52:442–53.
9. Harnett T. Seeking exemptions from nursing home routines: Residents' everyday influence attempts and institutional order. *J Aging Studies* 2010;24:292–301.
10. Bradshaw SA, Playford ED, Riazi A. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age Ageing* 2012;41:429–40.
11. Murphy K. A Qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland. *J Clin Nurs* 2007;16:477–85.
12. Hauge S. *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? – ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2004.
13. Jacobsen FF. *Sykehjem. En studie av sosialt liv*. Bergen: Universitetet i Bergen, 1990.
14. Hamran T. *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal, 1991.
15. Olsvold N. *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2010.
16. Skaalvik MW. *Nursing homes as learning environments: A study of experiences and perceptions of nursing students and supervising nurses*. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2010.
17. Sandvoll AM. *Vi berre gjer det – beskrivingar av skjult pleiepraksis i sjukeheim*. Bergen: Universitetet i Bergen, 2013.
18. Hammersley M, Atkinson P. *Feltmetodikk. Grunlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
19. Wadel C. *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek AS, 1991.
20. Sandvoll AM, Kristoffersen K, Hauge S. New quality regulations versus established nursing home practice- a qualitative study. *BMC Nurs* 2012;11(7):14.
21. Mathiesen T. *Makt og medier. En innføring i mediesosiologi*. Oslo: Pax Forlag, 2010.
22. Eika K. *The difficult quality. Essays on human services with limited consumer sovereignty*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2006.
23. Slagsvold B. *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. Oslo: Universitetet i Oslo, 1995.
24. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., (2003).
25. Alsvåg H, Førland O. Hva kan vi lære av nyutdannede sykepleieres tilbakemelding til utdanningen? I: Alsvåg H, Førland O, red. *Engasjement og læring*. Oslo: Akribe, 2007. s. 65–79.
26. Alsvåg H. Hva er det nye i samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser kan den få for helse- og omsorgstjenesten? Gammel vin på nye flasker. I: Alsvåg H, Bergland Å,

- Førland O, red. *Nødvendige omveier En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70 årsdag*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2013.
27. McCormack B, McCrane TV. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs* 2006;56(5):472–9.
28. McCormack B, Dewing J, Breslin L, Coyne-Nevin A, Kennedy K, Manning M, et al. Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *Int J Older People Nurs* 2010;5(2):93–107.
29. Dahl AA, Grov EK. *Komorbiditet i somatikk og psykiatri. Forståelse, betydning og konsekvenser*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2014.
30. Alvsvåg H. Læring av sykepleie – gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I: Alvsvåg H, Førland O, red. *Engasjement og læring*. Oslo: Akribe, 2007. s. 205–31.

Anne Marie Sandvoll
PhD/Førsteamanuensis
Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for Helsefag
Postboks 523
6803 Førde
annemsa@hisf.no

Merete Dale
Førstelektor
Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag
Postboks 523
6803 Førde
merete.dale@hisf.no

Vi vil gjerne rette ei stor takk til Christine Øye, Herdis Alvsvåg og Ellen Karine Grov for konstruktive innspel til artikkelen.